

# MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

## Originales

### Características sociosanitarias de los pacientes en incapacidad temporal en el área sanitaria de Albacete

#### Features healthcare of patients in temporary disability in the area of health of Albacete

M.º Luz Pérez Morote<sup>1</sup>, Jesús López-Torres Hidalgo<sup>2</sup>, M.º Ángeles López Verdejo<sup>2</sup>

1. Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades. Dirección Provincial INSS Albacete. España

2. Gerencia de Atención Integrada de Albacete (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) y Facultad de Medicina de Albacete (Universidad de Castilla-La Mancha). España

Recibido: 30-10-14

Aceptado: 20-01-15

#### Correspondencia

M.º Luz Pérez Morote

C/ Lérida, 24, 4.ºA

02006 Albacete. España.

Teléfono: 616024168

Correo electrónico: mluzpm@yahoo.es

## Resumen

**Fundamentos:** La incapacidad temporal (IT) constituye un importante problema sanitario, económico y social. El objetivo del estudio es describir los motivos de IT, satisfacción laboral y características sociosanitarias de los sujetos que permanecen en IT durante un periodo prolongado.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal, sobre 404 pacientes en IT. Se recogieron datos sobre: diagnóstico de IT, satisfacción laboral, salud autopercebida, características sociodemográficas, estado de salud y perfil de locus de control.

**Resultados:** Entre las personas en IT predominan los varones (53,2%), con edad media de 48,1 años, casados (64,1%), con bajo nivel de instrucción (36,1%) y pertenecientes a clases sociales inferiores (27,2%). Las enfermedades predominantes son las enfermedades del aparato locomotor (46,5%), seguidas de problemas psicológicos (18,6%) y enfermedades cardiovasculares (6,2%). Los pacientes muestran un nivel aceptable de satisfacción laboral, siendo ésta superior en hombres ( $76,5 \pm 12,9$ DE), en pertenecientes a categorías sociales superiores ( $80,9 \pm 14,9$  DE en categorías I-II) y en trabajadores con nivel de instrucción elevado ( $80,5 \pm 14,5$  DE en personas con estudios universitarios). La mayoría califica su salud como buena (57,9%), y sin un perfil predominante de locus (37,6%). La mayoría tienen episodios previos de IT, generalmente inferiores a 6 meses (74,5%).

**Conclusiones:** Varones de mediana edad, con enfermedades del aparato locomotor, bajo nivel de instrucción, buena salud autopercebida, satisfechos con su trabajo y pertenecientes a clases sociales inferiores conforman el perfil más común del paciente que permanece en IT durante un periodo prolongado, no observándose entre ellos un perfil de locus de control predominante.

*Med Segur Trab (Internet) 2015; 61 (238) 45-56*

**Palabras clave:** Incapacidad temporal, salud percibida, satisfacción laboral.

## Abstract

**Fundamentals:** The temporary disability (TD) constitutes a major health, economic and social problem. The objective of the study is to describe the reasons for IT, job satisfaction, and features social and health care of subjects that remain in IT for a long time.

**Methods:** Descriptive study cross, about 404 patients in IT. Data were collected on: diagnosis of IT, job satisfaction, self-perceived health, features sociodemographic, health status and profile of locus of control.

**Results:** Among the people in IT dominate males (53.2%), with average age of 48.1, married (64.1%), with low level of education (36.1%) and lower social classes (27.2%). Predominant diseases are diseases of the locomotor system (46.5%), followed by psychological problems (18.6%) and cardiovascular diseases (6.2%). Patients show an acceptable level of job satisfaction, which is higher in men ( $76.5 \pm 12$ , US), in belonging to higher social categories ( $80.9 \pm 14.9$  of in categories I-II) and workers with high level of instruction ( $80.5 \pm 14.5$  of in people with University studies). Most qualifies as good health (57.9%), and without a predominant profile of locus (37.6%). Most have previous episodes of IT, generally less than 6 months (74.5%).

**Conclusions:** Men of middle age, with diseases of the musculoskeletal, low level of instruction, good health self-perceived, satisfied with his work and belonging to the lower social classes comprise the most common profile of the patient who stays in IT for an extended period, not observed including a profile of locus of control predominantly.

*Med Segur Trab (Internet) 2015; 61 (238) 45-56*

**Key words:** *temporary disability, perceived health and job satisfaction.*

## INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal (IT) se considera uno de los indicadores de salud más sensibles e importantes dentro del campo de la salud laboral. Su trascendencia radica en la repercusión que dicha prestación tiene tanto en el ámbito sanitario como en el económico y social.

En los últimos años, la gestión de la IT ha sufrido grandes cambios, debido a la aparición de varias disposiciones legales que introducen importantes novedades en el alcance de la prestación y su cobertura. Reducir el número de días que un trabajador permanece en situación de IT es una prioridad que comparten tanto las empresas como el sistema de salud y el de seguridad social, siendo necesario conocer en profundidad los factores presumiblemente modificables que influyen en la IT, para la planificación de actuaciones asistenciales y laborales que permitan una gestión más eficaz de esta prestación.

En palabras de Marmot<sup>1</sup>, la IT es más el balance entre las condiciones de trabajo y la salud que propiamente el reflejo estático de un estado de salud, lo que viene a expresar que «la IT no es tanto un indicador de salud como un indicador de funcionamiento social» en el cual entran en juego un conjunto de variables tanto de origen laboral como no laboral.

El impacto económico de la IT no sólo deriva de la prestación de la Seguridad Social sino también de los servicios sanitarios. En este sentido, en el año 2012 la Seguridad Social destinó a la IT un presupuesto inicial de 1.986,74 millones de euros<sup>2</sup>.

Respecto a la evolución del número de perceptores de IT, durante el ejercicio 2011 se contabilizaron 5.401.466 nuevos procesos (bajas médicas), sumando los procesos gestionados tanto por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Social de la Marina (ISM) y aquéllos gestionados por las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (MATEPSS).

Teniendo en cuenta que muchas circunstancias y diversos comportamientos pueden contribuir a la ausencia de un empleado en su puesto de trabajo, la IT requiere ser analizada no tanto como una respuesta administrativa sino como un problema relacionado con el comportamiento de las personas (empleados) dentro de una organización (empresa).

Así, además de la enfermedad causante de la IT y de otras variables relacionadas con el estado de salud, factores como la satisfacción laboral, la propia percepción del estado de salud, el constructo psicológico locus de control o la situación sociodemográfica pueden condicionar la evolución del periodo de IT.

El grado de satisfacción laboral de los trabajadores se considera una variable de enorme importancia dentro del campo de la psicología del trabajo y de las organizaciones laborales porque se relaciona directamente con los conceptos de rendimiento y productividad<sup>3</sup>.

Esto ha motivado a lo largo de los años el aumento progresivo de métodos de mejora en las condiciones de trabajo, con el fin último de enriquecer el trabajo en sí y mejorar por tanto la actitud de los trabajadores frente a su actividad laboral. Por ello en el actual contexto de crisis económica, las recientes reformas sufridas en materia de incapacidad y los continuos recortes en el ámbito empresarial, no deberían en ningún caso suponer un retroceso en las condiciones de trabajo si lo que se pretende realizar es una buena gestión y resolución de los procesos de IT.

En relación al constructo locus de control, éste ha sido presentado como un factor relevante dentro del marco de conductas relacionadas con la salud y la enfermedad<sup>4</sup>. Se ha visto que el locus de control muestra un papel adaptativo como estrategia de afrontamiento respecto al dolor y la enfermedad<sup>5,6</sup>. La opinión del paciente sobre cuáles son los agentes que más influyen en la curación de su enfermedad y el juicio de control que éste presenta sobre dichos agentes son factores que pueden condicionar la evolución del proceso de IT.

El objetivo del estudio es describir los motivos de IT, la satisfacción laboral, el perfil de locus de control y las características sociosanitarias de los sujetos que permanecen en IT durante un periodo prolongado (entendiendo por IT prolongada la de duración mayor a tres meses).

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo de carácter transversal en el que una muestra de pacientes en IT ha sido evaluada al tercer mes de iniciada la prestación. El tamaño muestral ha sido de 404 pacientes en situación de IT, pertenecientes al área sanitaria de Albacete, seleccionados consecutivamente durante el periodo comprendido entre los meses de agosto de 2009 y octubre de 2011. Todos los pacientes del estudio fueron evaluados en la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades (UMEVI) de la Dirección Provincial del INSS en Albacete, dentro del marco de sus competencias en relación con la gestión de la prestación por IT.

En todos los casos seleccionados, tras el reconocimiento médico realizado en dicha Unidad, se consideró conveniente mantener la situación de IT, considerándose adecuadamente justificada su permanencia en dicha situación. Fueron excluidos del estudio quienes en dicho reconocimiento recibieron el alta médica por parte del médico inspector.

Las variables de estudio fueron: características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción y categoría social); variables relacionadas con el estado de salud (diagnóstico principal de la baja según la Clasificación Internacional en Atención Primaria - CIAP-2, antecedentes de enfermedad mental según el epígrafe de «problemas psicológicos» de la CIAP-2, consumo de medicación crónica y hábitos tóxicos); locus de control (Escala de Juicios de control de los agentes de salud)<sup>7</sup>; grado de satisfacción laboral (Escala General de Satisfacción)<sup>8</sup>; salud autopercibida (siguiendo las recomendaciones de la Encuesta Nacional de Salud); antecedentes de IT o de incapacidad permanente.

La recogida de datos necesarios para la realización de la parte empírica de este trabajo se llevó a cabo mediante la cumplimentación de un cuestionario diseñado específicamente para el estudio. Las fuentes de información, además de los datos obtenidos mediante la cumplimentación del cuestionario, incluyeron también la historia clínica recogida en el sistema ATRIUM (aplicativo de trabajo informático de las unidades médicas) y los datos de gestión de las prestaciones de IT recogidos en el sistema INCA del INSS.

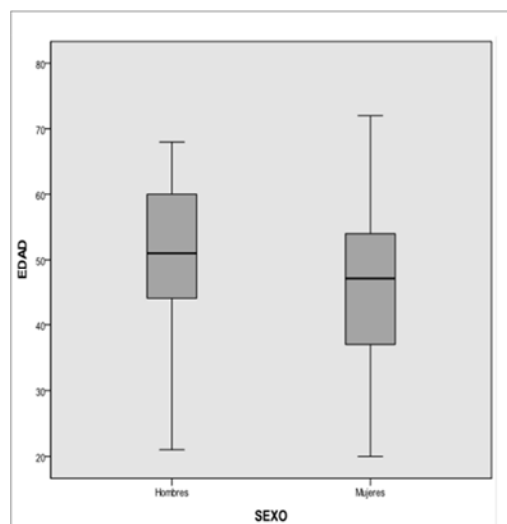
Para llevar a cabo el estudio se solicitó por escrito autorización a la Dirección Provincial del INSS en Albacete, así como a la Dirección General del INSS en Madrid, con el fin de poder acceder a los datos existentes en sus archivos, referentes a los antecedentes laborales de los pacientes incluidos. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria de Albacete en Abril/13, se ajusta al Nuevo Código de Ética y Deontología Médica, aprobado por la Organización Médica Colegial española y se adhiere por completo a las Normas de Buena Práctica Clínica. Los pacientes expresaron su consentimiento para participar en el estudio una vez informados de los objetivos del mismo.

En cuanto a la estrategia de análisis estadístico, en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los sujetos de la muestra mediante proporciones, medidas de tendencia central y medidas de dispersión, según la naturaleza de las variables, construyéndose los correspondientes intervalos de confianza al 95%. Para estudiar la asociación entre dos variables cualitativas se utilizó la prueba Chi-cuadrado, verificándose las condiciones de aplicación. Cuando éstas no se cumplieron se empleó la prueba exacta de Fisher. En el caso de una variable binaria y otra con más de dos categorías ordenadas, se aplicó la prueba de tendencia lineal de Mantel-Haenszel, con objeto de establecer una asociación lineal significativa. Para estudiar la asociación entre una variable binaria y una cuantitativa, se utilizó la prueba «t» de comparación de medias en grupos independientes, basada en la ley de Student-Fisher. La hipótesis de igualdad de varianzas se verificó con la prueba F, basada en la ley de Snedecor. En la comparación de medias en más de dos grupos independientes se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA), comprobando previamente sus condiciones de aplicación (homogeneidad de varianzas).

## RESULTADOS

Respecto a la muestra de estudio, los resultados indican que la mayoría de los participantes fueron hombres, siendo la proporción hombres/mujeres 53,2%/46,8%, con una edad media de 48,1 años (DE: 11,1; IC 95%: 47,1 – 49,3) y una mediana de 50 (rango 20 – 72; amplitud intercuartil 17) (figura 1). Prevalcieron las personas casadas, con un nivel de instrucción equivalente a estudios primarios (36,1%) y una clase social que corresponde mayoritariamente a trabajadores manuales (63,8%).

Figura 1. Representación mediante diagrama de caja de la distribución de edad en hombres y mujeres



En cuanto a la distribución de las enfermedades que motivaron el inicio de la situación de IT, la mayoría correspondieron a problemas localizados en el Aparato Locomotor (tabla 1), siendo dentro de este apartado los síntomas lumbares los más prevalentes (tabla 2).

Tabla 1. Distribución según los grupos de enfermedades de la WONCA  
(World Organization of National Colleges, Academies  
and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

Grupos Wonca	Hombres		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Aparato locomotor	103	47,9	85	45,0	188	46,5
Problemas psicológicos	35	16,3	40	21,2	75	18,6
Aparato digestivo	14	6,5	10	5,3	24	5,9
Aparato circulatorio	20	9,3	5	2,6	25	6,2
Sangre, inmunología	5	2,3	2	1,1	7	1,7
Ojo y anejos	2	0,9	1	0,5	3	0,7
Aparato auditivo	1	0,5	2	1,1	3	0,7
Sistema nervioso	7	3,3	8	4,2	15	3,7
Aparato respiratorio	8	3,7	9	4,8	17	4,2
Piel y faneras	3	1,4	1	0,5	4	1,0
Endocrino, nutrición, metabolismo	3	1,4	3	1,6	6	1,5
Aparato urinario	3	1,4	3	1,6	6	1,5
Aparato genital femenino y mamas	–	–	18	9,5	18	4,5
Aparato genital masculino	5	2,3	–	–	5	1,2
Problemas generales inespecíficos	6	2,8	2	1,1	8	2,0

**Tabla 2. Frecuencia de diagnósticos. CIAP-2:**  
**Clasificación Internacional en Atención Primaria**

Aparato locomotor (CIAP-2*)	Hombres		Mujeres		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Signos/síntomas lumbares	16	7,4	10	5,3	26	6,4
Otras enfermedades de Aparato locomotor	1	0,5	1	0,5	2	0,5
Artrosis de rodilla	7	3,3	2	1,1	9	2,2
Signos/síntomas del codo	5	2,3	1	0,5	6	1,5
Signos/síntomas del hombro	-	-	6	3,2	6	1,5
Fractura de cúbito/radio	-	-	7	3,7	7	1,7
Signos/síntomas de flancos y axilas	1	0,5	-	-	1	0,2
Signos/síntomas del cuello	8	3,7	4	2,1	12	3,0
Fractura de tibia/peroné	11	5,1	-	-	11	2,7
Signos/síntomas de rodilla	8	3,7	5	2,6	13	3,2
Signos/síntomas del pie y sus dedos	1	0,5	5	2,6	6	1,5
Síndromes del hombro	5	2,3	7	3,7	12	3,0
Otras artrosis	1	0,5	1	0,5	2	0,5
Esguinces distensiones de rodilla	1	0,5	5	2,6	6	1,5
Fractura de carpo/tarso/mano/pie	5	2,3	3	1,6	8	2,0
Luxación y subluxación	3	1,4	1	0,5	4	1,0
Signos/síntomas de la cadera	4	1,9	5	2,6	9	2,2
Otras fracturas	6	2,8	3	1,6	9	2,2
Esguinces distensiones del tobillo	2	0,9	1	0,5	3	0,7
Neoplasias malignas aparato locomotor	-	-	1	0,5	1	0,2
Síndrome lumbar irradiado	7	3,3	8	4,2	15	3,7
Síndromes del cuello	2	0,9	3	1,6	5	1,2
Lesión aguda interna de rodilla	3	1,4	4	2,1	7	1,7
Signos/síntomas del pie y sus dedos	2	0,9	-	-	2	0,5
Signos/síntomas de la muñeca	1	0,5	-	-	1	0,2
Signos/síntomas de la mandíbula	-	-	1	0,5	1	0,2
Signos/síntomas del tobillo	1	0,5	1	0,5	2	0,5
Signos/síntomas del brazo	2	0,9	-	-	2	0,5

La mayoría de los participantes eran consumidores de medicación crónica (56,2%). Del total de los participantes el 38,9% presentaban antecedentes de enfermedad mental, siendo éstos más prevalentes en las mujeres (54%) que en los hombres (25,6%), con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

En cuanto a hábitos tóxicos, el 43,1% eran fumadores, el 36,4% consumidores habituales de alcohol y el 3,2% de otros tóxicos. En todos los casos las proporciones fueron superiores en el sexo masculino ( $< 0,005$ ) y solo en los hombres se observó un consumo de alcohol en grado severo ( $> 80g$ ).

En su mayoría los participantes contaban con algún antecedente de incapacidad temporal: episodios de menos de 180 días en el 74,5% de los casos, entre 181 y 365 en el 29,5% y más de 365 en el 8,4%. El 5% de los sujetos analizados eran beneficiarios de una prestación de incapacidad permanente anterior.

En relación con el grado de satisfacción laboral, la puntuación media obtenida en la escala de satisfacción laboral en el conjunto de los participantes fue de  $74,7 \pm 14,8$

DE (IC 95%: 73,2 - 76,1; rango 24 - 105) (figura 2). Dicha puntuación fue significativamente mayor en:

- Hombres respecto a mujeres (76,5 ± 12,9 vs. 72,5 ± 16,4; p<0,001).
- Sujetos pertenecientes a las categorías sociales superiores: 80,9 ± 14,9 en categorías I-II (personal directivo y altos cargos), 77,2 ± 13,1 en categorías IIIa-IVb (trabajadores autónomos, personal administrativo y empleados cualificados) y 66,3 ± 15,1 en categoría V (personal no cualificado) (p<0,001) (figura 3).
- Trabajadores con nivel de instrucción más elevado: 80,5 ± 14,5 DE en personas con estudios universitarios, 74,6 ± 14,5 DE en personas con enseñanza secundaria o al menos estudios primarios y 71,7 ± 15,1 en sujetos con estudios primarios incompletos o carentes de escolarización (p = 0,004) (figura 4).

Figura 2. Puntuación media obtenida en los ítems de la escala de satisfacción laboral

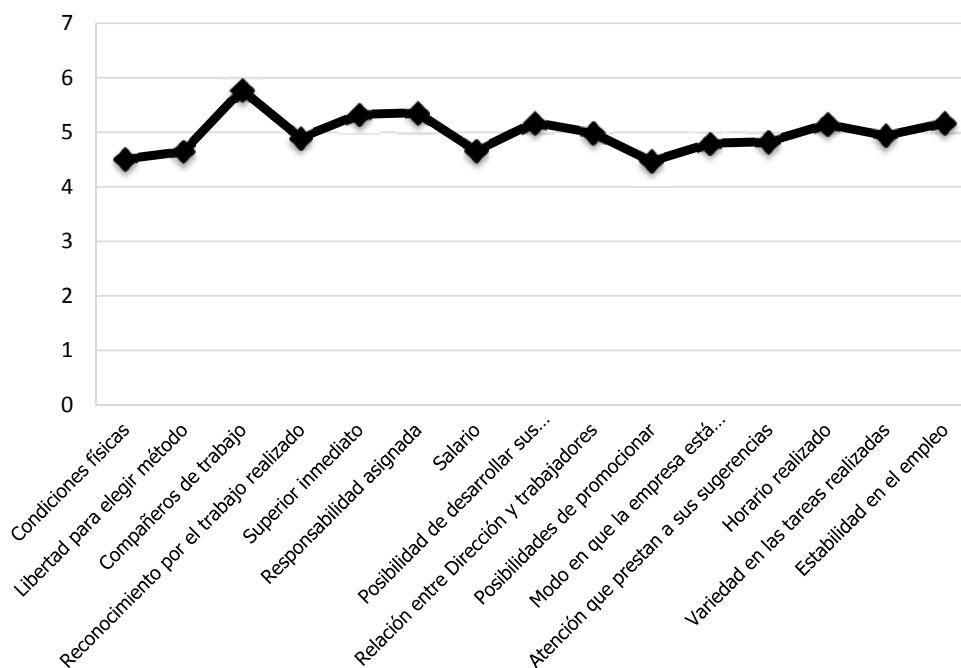


Figura 3. Puntuación media del grado de satisfacción laboral según la categoría social

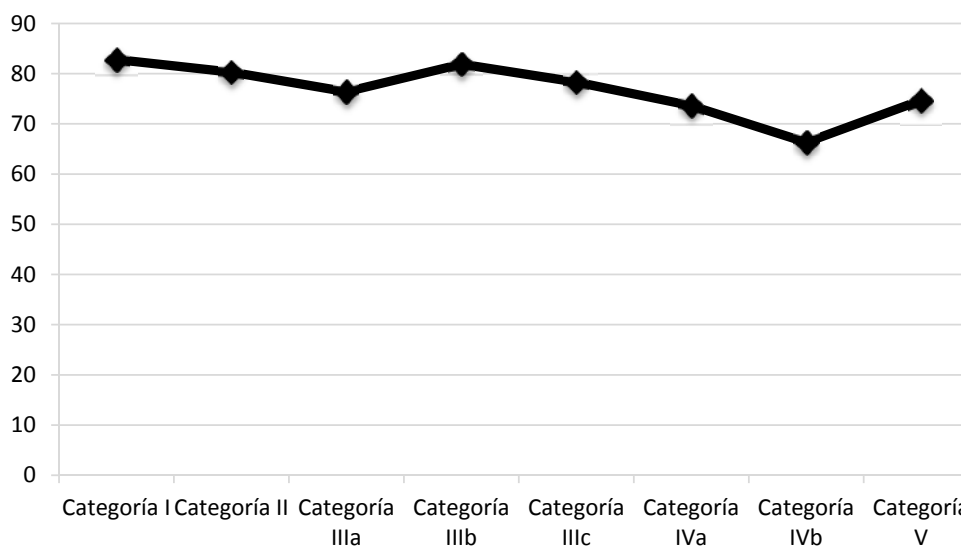
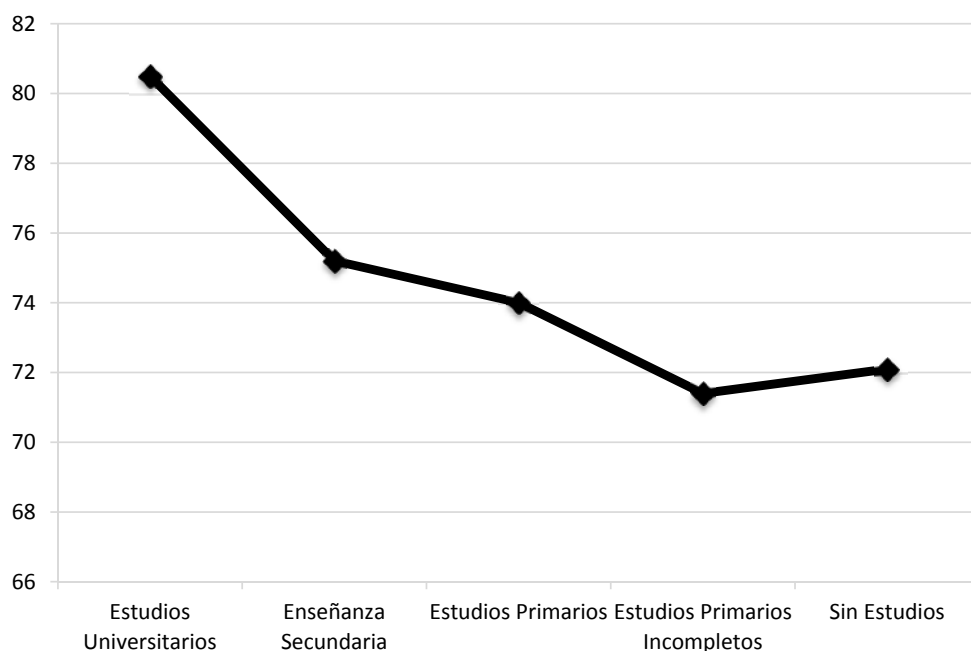
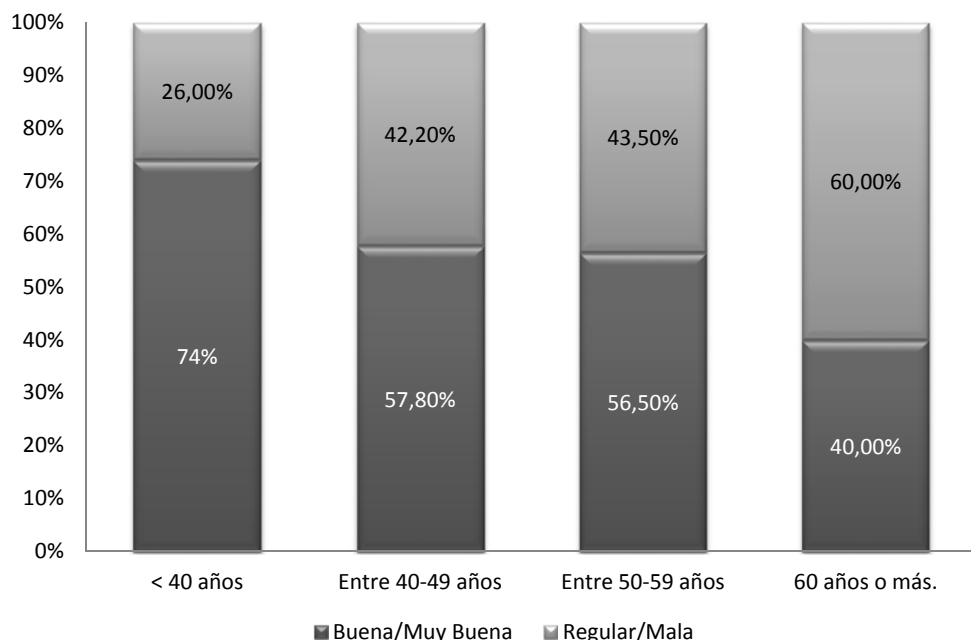


Figura 4. Puntuación media del grado de satisfacción laboral según el nivel de instrucción



Al analizar el nivel de salud autopercibida en nuestra muestra, más de la mitad de los participantes (57,9%) calificaron su salud como «buena» o «muy buena». Dicha proporción fue significativamente superior en los pacientes de edad inferior a 40 años (74,0%) e inferior en los de 60 o más años (40,0%), observándose una tendencia lineal estadísticamente significativa entre menor edad y mejor autopercpción de salud ( $p < 0,001$ ) (figura 5).

Figura 5. Autopercepción de salud según la edad



Observamos en nuestro estudio relación entre la autopercpción de salud y otras variables analizadas en él y así, la autopercpción de salud fue peor en los sujetos con menor nivel de instrucción (40,5% en sujetos sin estudios o con estudios primarios incompletos frente a 62,5% en sujetos con mayor nivel de escolarización) ( $p = 0,001$ ).



La mayor proporción de sujetos con salud percibida como buena o muy buena se observó entre los sujetos de mayor categoría social (directivos), alcanzándose un 90,9%, y la menor en los pertenecientes a la categoría social inferior (trabajadores no cualificados), donde la proporción fue sólo del 44,5%, observándose una diferencia estadísticamente significativa entre las diferentes categorías ( $p = 0,007$ ).

El nivel de satisfacción laboral resultó significativamente superior en los sujetos con buena/muy buena autopercepción de salud al compararlo con los que la calificaron como regular/mala/muy mala ( $77,2 \pm 13,2$  vs.  $71,3 \pm 16,2$ ;  $p = 0,001$ ).

En relación al perfil de locus de control de los participantes, la mayoría de los pacientes consideraron que la solución favorable de sus problemas de salud depende del tratamiento (92,8%), del médico (86,2%), del cumplimiento exacto de lo que éstos digan (90,9%) y también de las ganas de curarse (78,5%). Por el contrario, la mayoría de los entrevistados consideraron que dicha solución no depende o depende poco de la suerte (66,1%) y del destino (51,5%). En el 37,6% de los casos no se observó un locus de control predominante. En quienes sí lo tenían predominaban los sujetos con locus de control interno (31,4%).

## DISCUSIÓN

En la valoración de la metodología empleada para la realización de éste estudio, la principal limitación reside en que la información que se puede obtener de la descripción de la IT no es representativa del total de la misma, dado que no se han recogido las bajas de duración inferior a un mes por escapar éstas al control realizado desde la UMEVI.

La subjetividad de las respuestas ha intentado disminuirse estandarizando el procedimiento utilizado en la obtención de la información, para lo cual se confeccionó un cuestionario de recogida de datos específico para el estudio y se realizaron sesiones de entrenamiento. A su vez, el hecho de haber recogido la información de manera transversal mediante entrevista personal con todos los participantes ha permitido esclarecer las dudas suscitadas en algunos pacientes por las cuestiones planteadas, así como facilitar la comprensión de los conceptos sobre los que deseábamos recabar información, consiguiendo de esa forma reducir el sesgo de información y al mismo tiempo incrementando la validez de los resultados.

Como otra limitación del estudio debe mencionarse que los datos analizados en relación con la evolución del periodo de IT se circunscriben a una única área sanitaria, lo cual puede suponer una dificultad a la hora de extrapolar los resultados a otras poblaciones con diferentes características sociodemográficas, culturales o educativas.

No obstante, la selección de los pacientes se ha realizado de forma consecutiva a lo largo de diferentes años hasta alcanzar un tamaño muestral suficiente para el estudio, pudiendo considerarse la muestra representativa de todos los sujetos susceptibles de ser estudiados.

En nuestros resultados la descripción de las variables socio-demográficas concuerda con los resultados publicados en otros estudios hallados en la bibliografía, tanto en lo referente a la distribución de los periodos de incapacidad temporal según edad, sexo, nivel de instrucción y categoría social, como en la relación de causas que motivaron dichos periodos.

En relación con el sexo, nuestros resultados muestran una mayor proporción de hombres en situación de IT, probablemente en relación con una mayor proporción de trabajadores del sexo masculino. Comprobar diferencias en el absentismo entre hombres y mujeres no ha constituido un objetivo en el estudio realizado, aunque en algunos estudios se atribuye al sexo masculino mayor absentismo<sup>9,10</sup>, si bien en la mayoría se comprueba que es la mujer quien presenta mayores índices y mayores tasas de incidencia de IT<sup>11-13</sup>, justificándose éstos resultados por el rol que juegan hombres y mujeres en la sociedad.

Aunque en nuestra muestra predominan los sujetos casados o unidos de forma estable a una pareja, estudios descriptivos realizados previamente muestran que la frecuencia de IT es superior en trabajadores divorciados y viudos<sup>14,15</sup>, con presencia en éstos últimos de trastornos afectivos como causa principal de la IT.

La relación entre el nivel de instrucción de los pacientes y la IT ha sido abordada en varios estudios con conclusiones bastante unánimes en todos ellos. Nuestros datos se muestran concordantes con los presentados por otros autores reflejando que los pacientes con menor nivel de estudios recurren con más frecuencia a la incapacidad temporal y mantienen además procesos de IT más prolongados<sup>16</sup>.

En cuanto a la relación entre IT y categoría social se refiere, coinciden nuestros resultados con los que recogen otros autores, siendo los pacientes pertenecientes a clase sociales inferiores los que más recurren a la IT. El nivel socioeconómico bajo está asociado a un amplio rango de problemas de salud<sup>17-20</sup>. De igual forma, los pacientes de mayor poder adquisitivo invierten más en los tratamientos necesarios para alcanzar una recuperación más precoz, con la consiguiente reincorporación a su puesto de trabajo de forma más temprana.

Los problemas de salud que con más frecuencia motivan el inicio de la IT corresponden a enfermedades del aparato locomotor, seguidas a gran distancia por los problemas psicológicos. En ambos casos nuestros datos coinciden con los reflejados en otros estudios<sup>21</sup>. Sin embargo, la tercera causa de IT más prevalente en nuestros resultados difiere según el sexo de los participantes y así, mientras que en los hombres son las patologías del aparato circulatorio las que predominan tras los otros diagnósticos referidos anteriormente, en las mujeres prevalecen las patologías del aparato genital y mamas. Estos datos no concuerdan con los ofrecidos en otros trabajos, en los que las enfermedades del Aparato Respiratorio se presentan como la tercera causa más frecuente de IT<sup>22</sup>, ocupando en nuestro estudio el sexto lugar en el listado de patologías más prevalentes. Hemos de tener en cuenta que la mayor parte de los problemas respiratorios que generan procesos de IT son de corta duración (gripe, infecciones de vías respiratorias altas, neumonías, etc.), quedando fuera del alcance de nuestro estudio por incluir en el mismo únicamente a los pacientes con IT superior a tres meses.

Sí encontramos similitud con otros autores en lo referido a la mayor satisfacción laboral reflejada en hombres, en sujetos pertenecientes a las categorías sociales altas y en aquéllos con un nivel de instrucción más elevado. Las diferencias existentes en el grado de satisfacción laboral entre hombres y mujeres suelen achacarse a la desigualdad laboral entre ambos sexos<sup>23</sup>. Así, las retribuciones más bajas, la dificultad para conciliar la vida familiar y laboral, el desequilibrio existente entre mujeres y hombres en los puestos de toma de decisiones y la existencia de determinados estereotipos sexistas determinan, según multitud de estudios, que las mujeres se muestren más insatisfechas en sus puestos de trabajo<sup>24</sup>.

La satisfacción laboral actúa como variable moduladora de la reincorporación al trabajo en los pacientes que se encuentran en situación de IT<sup>25</sup>. La asociación existente entre insatisfacción laboral e IT ha sido demostrada en numerosos estudios<sup>26,27</sup>, haciéndose cada vez más evidente la necesidad de encontrar modelos válidos que permitan plantear estrategias preventivas y de intervención en el ámbito laboral, como vía para aumentar los niveles de satisfacción laboral y reducir el absentismo.

Como mencionábamos antes, en nuestro estudio se observa que los sujetos pertenecientes a las categorías sociales I-II (personal directivo y altos cargos) se muestran más satisfechos que los incluidos en las categorías IIIa-IVb (trabajadores autónomos, personal administrativo y empleados cualificados) y en la categoría V (personal no cualificado), siendo estadísticamente significativa ésta diferencia. Desempeñar cargos de responsabilidad y/o trabajar en puestos que requieran alguna cualificación parecen tener un efecto protector sobre la insatisfacción laboral<sup>28</sup>.

También hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre el grado de satisfacción laboral y el nivel de instrucción de los participantes, poniéndose de manifiesto que a mayor nivel de instrucción existe mayor satisfacción en el ámbito laboral.

Este dato es coincidente con los aportados en otros estudios revisados<sup>23,25</sup>. En general, los trabajadores con mayor nivel de formación mantienen salarios más elevados, promocionan con mayor facilidad y ocupan puestos de trabajo con mejores condiciones, lo que genera mayor satisfacción laboral.

La actitud del trabajador respecto a su reincorporación laboral se considera un factor determinante para que dicha reincorporación pueda llevarse a cabo. El concepto de locus de control hace referencia a las expectativas sobre relación entre la conducta y sus resultados o consecuencias. En general, según los estudios revisados, cuando una persona padece alguna enfermedad acostumbra a delegar el control a los médicos, es decir, se manifiestan creencias de locus de control de salud externo «otros poderosos» centradas en el médico y en el tratamiento. En este sentido los resultados observados en nuestro estudio se muestran concordantes con los que presentan otros autores<sup>29-31</sup>.

Diversos análisis han sido desarrollados para captar las autopercepciones del individuo sobre su estado de salud, llegando a considerarse que la autopercepción de salud es un determinante importante que actúa como predictor del regreso al trabajo<sup>32</sup>. Encontramos concordancia entre nuestros datos y los hallados en otros estudios cuando evaluamos la relación entre la autopercepción de salud y la edad<sup>33,34</sup>. Así, la revisión de los datos publicados al respecto muestra que la edad está relacionada estrechamente con la percepción de la salud. A mayor edad, peor valoración del propio estado de salud, sin duda en relación con una mayor morbilidad asociada a la edad.

En nuestros resultados hemos descrito las características fundamentales de los pacientes en situación de IT del Área Sanitaria de Albacete, tanto derivadas de la enfermedad y de la percepción del estado de salud como de las características sociodemográficas, el grado de satisfacción laboral o el estilo de vida. En futuras investigaciones deberán tenerse en cuenta estas circunstancias a la hora de generar nuevos conocimientos sobre el proceso de incapacidad temporal y sus determinantes. Probablemente el abordaje de factores diferentes a los motivos que ocasionan la incapacidad temporal en la práctica clínica puede conllevar una mejor gestión del proceso y un uso más racional de esta prestación tan importante desde el punto de vista social y sanitario.

## AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marmot M, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II Study. *J Epidemiol Community Health*. 1995; 49:124-30.
2. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Anuario de Estadísticas Laborales. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2012.
3. Bycio P. Job performance and absenteeism: A review and meta-analysis. *Hum Relat*. 1992;45:193-220.
4. Wallston KA. Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on Locus Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Ther Res*. 1992; 16(2):183-99.
5. Cano FJ, Rodríguez L, López AM. A Shortened versión of the Headache-Specific Locus of Control Scale in Spanish population. *Headache*. 2010; 50(8):1335-45.
6. Waldron B, Benson C, O'Connell A, Byrne P, Dooley B, Burke T. Health locus of control and attributions of cause and blame in adjustment to spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2010; 48(12):598-602.
7. Juan E. Los juicios de control sobre los agentes de salud: Variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo.[Tesis Doctoral]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2001.
8. Warr PB, Cook JD, Wall TD. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Organ Psych*. 1979; 52:129-48.

9. Cornelius LR, Van der Klink JJJ, Groothoff JW. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: A systematic review. *J Occup Rehabil.* 2011; 21:259-74.
10. Bratberg E, Gjesdal S, Maeland JG. Sickness absence with psychiatric diagnoses. Individual and contextual predictors of permanent disability. *Health Place.* 2009; 15(1):308-14.
11. Llergo A, Álvarez E, Vaquero M, Lachica E. Estudio descriptivo de la incapacidad temporal en la provincia de Córdoba. *Med Segur Trab.* 2005; 119:27-37.
12. Alba A. La incapacidad laboral para el trabajo: análisis económico de su incidencia y duración. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2008.
13. Benavides FG, Torá I, Martínez JM, et al. Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. *Gac Sanit.* 2010; 24:215-19.
14. Vaquero M. Factores que influyen en la incapacidad temporal de larga duración: propuesta de screening y de intervención. Disponible en <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/168544.pdf>.
15. Sperling W, Biermann T, Lowe A, Kornhuber J, Reulbach U. An exploration of the association between disability pension and psychiatric diseases. *Fortschs Neurol Psychiatr.* 2010; 78(4):213-18.
16. Parra A, Fernández J, García V, Ayestarán JR, Extramiana E. Mercado de trabajo, salud laboral e inmigración. *Anales Sin San Navar.* 2006; 29(1):77-95.
17. Hemingway H, Shipley MJ, Macfarlane P, Marmot MG. Impact of socioeconomic status on coronary mortality in people with symptoms, electrocardiographic abnormalities, both or neither: The original Whitehall study 25 year follow up. *J Epidemiol Community Health.* 2000; 54:510-16.
18. Kumari M, Marmot MG, Brunner E. Social determinants of von Willebrand Factor the Whitehall ii Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2000; 20:182-87.
19. Van Rossum CTM, Shipley MJ, Van de Mheen H, Grobbee E, Marmot MG. Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *J Epidemiol Community Health.* 2000; 54:178-184.
20. Breeze E, Fletcher AE, Leon DA, Marmot MG, Clarke RJ, Shipley MJ. Do Socioeconomic Disadvantages Persist Into Old Age? Self-Reported Morbidity in a 29 Year Follow up of the Whitehall Study. *AJPH.* 2001; 91(2):227-83.
21. Suárez E. Consideraciones generales del dolor lumbar agudo. *Revista cubana de Anestesiología y Reanimación.* 2012; 11(1):27-36.
22. Oliver A, Pastor S, Roig J, Chover JL. Estudio de la Incapacidad laboral transitoria en la ciudad de Jativa. *Rev San Hig Púb.* 1994; 68:297-302.
23. Mansilla F, García J, Gamero C, Congosto A. Influencia de la insatisfacción laboral en las demandas de cambio de puesto de trabajo por motivos de salud. *Med Segur Trab (Internet)* 2010; 56 (219):147-57.
24. García A, Moro MN, Medina M. Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería. *Rev Calid Asist.* 2010; 25(4):207-14.
25. Stapelfeldt CM, Christiansen DH, Jensen OK, Nielsen CV, Petersen KD, Jensen C. Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in a randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011;102:112.
26. Castellano M, Díaz JJ. Estrés laboral. Burnout. Trabajo a turnos. Acoso en el trabajo. Suicidio y trabajo. En: Gil Hernández F. *Tratado de Medicina del Trabajo.* Barcelona: Masson, 2005.
27. Artacoz L, Sánchez A, Moncada S, Molinero E, Cortés I. Ocupar cargos de responsabilidad, ¿un factor de la salud?. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2000; 3, (3):122-27.
28. Blanchflower DG, Oswald AJ. What Makes an Entrepreneur. *J Labor Econ.* 1998; 16(1):26-60.
29. Waldron B, Benson C, O'Connell A, Byrne P, Dooley B, Burke T. Health locus of control and attributions of cause and blame in adjustment to spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2010; 48(12):598-602.
30. Cano FJ, Rodríguez L, López AM. A Shortened versión of the Headache-Specific Locus of Control Scale in Spanish population. *Headache.* 2010; 50(8):1335-45.
31. Ono R, Higashi T, Suzukamo Y, Konno S, Takahashi O, Tokuda Y, et al. Higher internality of Health locus of control is associated with the use of complementary and alternative medicine providers among patients seeking care for acute low-back pain. *Clin J Pain.* 2008; 24(8):725-30.
32. Jette DU, Jette AM. Health status assessment in the occupational Health setting. *Orthop Clin N Am.* 1996; 27:891-902.
33. Vingilis ER, Wade TJ, Seeley JS. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the national population health survey. *Can J Public Health.* 2002; 93:193-97.
34. Abellán A. Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol.* 2003; 13(5):340-42.